

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス利用者負担説明書 (令和6年4月1日～)

●地域区分による1単位あたりの単価

10,420円 (6級地)

ご利用者負担 = 「利用単位数」 × 「1単位あたりの単価」 のご利用者負担割合

介護報酬の1単位あたりの単価は、「地域」および「サービスの種類」によって異なります。当該サービスにおける東松山市（6級地）の1単位あたりの単価は10,420円となり、ご利用者負担は上記計算により算出されます。

この「利用者負担説明書」においては、各項目の単位数の右側に、上記を加えた利用者負担額（1割及び2割、3割）を記載しております。

なお、地域加算は、月ごとの総単位数に対して加算されるため、**ご利用者負担額**の単価の積算額と実際の請求総額に若干の差異が生じる可能性があります。

《自己負担割合について》

利用負担割合は、各市町村より交付されております『介護保険負担割合証』に記載されております。

『介護保険負担割合証』の変更や更新がありましたら速やかに事業所へご提示くださいますようお願いいたします。

《保険給付の自己負担額》 ※単位数の右側記載された額が利用者負担額になります。負担割合については、市町村から交付される『介護保険負担割合証』に記載されております。そちらをご参照くださいますようお願いいたします。

1) 利用料

□ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅱ）

介護度	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護1	5,446単位	5,675円	11,350円	17,337円
要介護2	9,720単位	10,129円	20,257円	30,385円
要介護3	16,140単位	16,818円	33,636円	50,454円
要介護4	20,417単位	21,275円	42,549円	63,824円
要介護5	24,692単位	25,729円	51,458円	77,187円

□ 定期巡回通所利用減算

介護度	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護1 / 日	-62単位	-65円	-130円	-194円
要介護2 / 日	-111単位	-116円	-232円	-347円
要介護3 / 日	-184単位	-192円	-384円	-576円
要介護4 / 日	-233単位	-243円	-486円	-729円
要介護5 / 日	-281単位	-293円	-586円	-879円

□ 登録期間が1月に満たない場合又は短期入所サービスを利用する場合

介護度	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護1 / 日	179単位	187円	373円	560円
要介護2 / 日	320単位	344円	667円	1,001円
要介護3 / 日	531単位	554円	1,107円	1,660円
要介護4 / 日	672単位	701円	1,401円	2,101円
要介護5 / 日	812単位	847円	1,693円	2,539円

□ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅲ）

算定項目	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
基本夜間訪問サービス費 / 1月ごと	989単位	1,031円	2,061円	3,092円
定期巡回サービス / 1回ごと	372単位	388円	776円	1,163円
随時訪問サービス費（Ⅰ） / 1回ごと	567単位	591円	1,182円	1,773円
随時訪問サービス費（Ⅱ） / 1回ごと	764単位	769円	1,592円	2,388円

2) 加算等の保険給付の自己負担額

□ 定期巡回総合マネジメント体制強化加算 / 1月ごと

利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、関係者が共同し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の見直しを行っている場合

加算名	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）	1,200単位	1,251円	2,501円	3,752円

□ サービス提供体制強化加算 / 1月ごと

従業者ごとの研修計画の作成や会議の開催、健康診断等を定期的実施し、事業所の訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の占める割合が要件を満たしている場合

加算名	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	750単位	782円	1,563円	2,345円

□ 初期加算 / 1日ごと

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護利用を開始した日より30日以内については、1日につき所定単位数を加算。また、30日を超える病院または診療所への入院の後に利用を再び開始した場合

加算名	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
初期加算	30単位 / 日	32円	63円	94円

□ **生活機能向上連携加算（Ⅰ）／1月ごと**

リハビリテーション専門職からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、計画作成責任者が生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成（変更）した場合

加算名	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100単位／日	105円	209円	313円

□ **生活機能向上連携加算（Ⅱ）／1月ごと**

計画作成責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅を訪問し、身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同して行い、生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成した場合

加算名	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200単位／日	209円	417円	626円

□ **口腔連携強化加算／1月ごと**

事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合

加算名	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
口腔連携強化加算	50単位	53円	105円	157円

□ **認知症専門ケア加算 / 1月ごと**

認知症介護に係る専門的な研修を受けている職員を配置し、専門的な認知症ケアを提供した場合

加算名	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	90単位	94円	188円	282円
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	120単位	125円	250円	375円

□ **介護職員処遇改善加算／1月ごと**

*令和6年5月31日まで

介護職員の処遇を改善するため、賃金の改善など一定の要件を満たした場合

介護職員処遇改善加算（Ⅰ） (所定単位×137/1000) 単位

*上記単位数に地域区分による単価を乗じたご利用負担割合が自己負担となります。

□ **介護職員等特定処遇改善加算／1月ごと**

*令和6年5月31日まで

介護職員やその他職種の処遇改善に関する対策を行なっている事業所の場合

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） (所定単位×63/1000) 単位

*上記単位数に地域区分による単価を乗じたご利用負担割合が自己負担となります。

□ **介護職員等ベースアップ等支援加算／1月ごと** *令和6年5月31日まで

介護職員処遇改善加算のいずれかを算定し、介護職員等への賃上げ効果に資する取り組みを実施している場合
(所定単位×24/1000) 単位

*上記単位に地域区分による単価を乗じたご利用負担割合が自己負担となります。

□ **介護職員等処遇改善加算／1月ごと** *令和6年6月1日より

介護職員の処遇を改善するため、賃金の改善など一定の要件を満たした場合

- | | |
|---------------------|--------------------|
| ① 介護職員等処遇改善加算 (I) | (所定単位×245/1000) 単位 |
| ② 介護職員等処遇改善加算 (II) | (所定単位×224/1000) 単位 |
| ③ 介護職員等処遇改善加算 (III) | (所定単位×182/1000) 単位 |
| ④ 介護職員等処遇改善加算 (IV) | (所定単位×145/1000) 単位 |

*上記単位に地域区分による単価を乗じたご利用負担割合が自己負担となります。

*上記より「介護職員等処遇改善加算 (I)」を算定予定となりますが変更する場合があります。変更の際は改めて説明を致します。

《保険給付外の自己負担額》

2 利用料

□ **区分支給限度基準を超える単位**

区分支給限度基準額を超える単位数については、区分支給限度額の対象外の加算も含めて全額自己負担となります。

□ **社会福祉法人等による低所得者に対する利用者負担額軽減制度について**

低所得で特に生計が困難である方について、介護保険サービスの利用促進を図るために、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、その社会的な役割の一環として、利用者負担額を軽減するものです。

・ **軽減の対象者**

市町村民税世帯非課税であって、次の要件を満たす方のうち、その方の収入や世帯状況、利用者負担等を総合的に考えて、生計が困難な者として市町村が認めた者
・年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること
・預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること
・日常生活を供する資産以外に活用できる資産がないこと
・負担能力のある親族等に扶養されていないこと
・介護保険料を滞納していないこと

・ **軽減の手続き**

- 1、利用者が居住する市町村に申請し、市町村の審査後に「軽減確認証」の交付を受けます。
- 2、サービスを受けるときに軽減確認証を提示してください。
- 3、利用者負担が軽減されます。

・ **軽減制度の対象となる内容**

利用者負担額(1割負担分)

・ **軽減の割合**

利用者負担の1/4 (老齢福祉年金受給者は1/2)

※詳しくは、お住まいの市町村介護保険担当窓口にお問い合わせください。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの利用にあたり、本書面に基づいて利用者負担の説明を行いました。

事業所	所在地	東松山市大字松山2183番地
	名称	社会福祉法人東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリアヘルパーステーション
説明者	所属	在宅福祉課訪問介護係
	氏名	

上記内容の説明を受け、サービスを利用した場合には、事業所の定める料金を支払うことに同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印